M. LE DOCTEUR SESTIER,

A MM. LES MEMBRES DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

(CANDIDATURE POUR LA SECTION D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE.)

MESSIEURS,

J'ai l'honneur de soumettre à votre examen l'exposé des titres suivants :

I. Qualités.

Docteur en 1832.
Ancien interne des hôpitaux.
Ex-chef de clinique médicale de la Faculté, à l'Hôtel-Dieu.
Agrégé de la Faculté, section de médecine, par concours en 1838.
Membre fondateur de la Société médicale d'observation.
Membre et ancien secrétaire de la Société anatomique.
Lauréat (médaille d'or) de l'École pratique.

II. Enseignement.

Suppléance du Cours de pathologie interne à la Faculté, pour tout le semestre d'hiver (1844-1845).

III. Lecture faite à l'Académie de médecine, le 19 novembre 1850.

Mémoire sur le rôle de l'œdème intra-laryngé, et de l'œdème de l'arrière-bouche dans le cas d'angine laryngée œdémateuse.

IV. Publications.

I. Thèse inaugurale, renfermant plusieurs propositions d'anatomie pathologique, déduites de mes observations dans les hôpitaux.

II. *Mémoire sur la bronchotomie dans le cas d'angine laryngée œdémateuse* (*Archives de médecine*, 4e série, tomes XXIII et XXIV).

Ce mémoire contient diverses considérations qui ne se retrouvent pas dans la monographie que j'ai dernièrement publiée sur cette affection.

III. *Compte rendu des travaux de la Société anatomique*, 1832-1833.

IV. Parmi plusieurs observations, je ne signalerai que les suivantes comme plus particulièrement relatives à l'anatomie pathologique.

1. Ramollissement gélatiniforme de l'estomac chez un enfant de vingt et un jours, avec ulcérations nombreuses de l'iléum et du gros intestin. (*Journ. hebdom.*, 1828, t. I, p. 216.)

2. Anévrisme de l'aorte, compression de l'artère pulmonaire, accès de suffocation. (*Thèse de concours d'agrégation : Des dyspnées intermittentes.*)

Les observations suivantes ont été communiquées à la Société anatomique, avec pièces cadavériques à l'appui. (*Bulletins* des années 1829, 1832 et 1833.)

3. Présence, dans l'un des hémisphères cérébraux d'un nouveau-né, de cinq à six cavités de la grosseur d'une noisette et de plusieurs autres de dimensions beaucoup moindres, toutes très régulièrement circonscrites en ellipsoïdes ou en sphéroïdes creux, tapissés d'une membrane très fine et pellucide contenant une sérosité limpide et légèrement rosée. La substance cérébrale était d'ailleurs saine. Aucuns symptômes n'avaient traduit à l'extérieur, pendant la vie, une pareille lésion, qui, d'un côté, se rapproche des anciens foyers apoplectiques parvenus à un certain degré de cicatrisation, et qui, d'un autre côté, s'en éloigne d'une manière manifeste.

4. Abcès volumineux dans le cerveau; extravasation de pus dans les ventricules; mort subite; chez un homme qui, pendant les quelques jours qu'il put être observé, ne présenta d'autres symptômes encéphaliques qu'un peu de fugacité dans les idées.

5. Pneumonie avec nombreux abcès miliaires, chez un enfant nouveau-né.

6. Perforation pulmonaire chez un tuberculeux. — L'ouverture communiquait avec une caverne presque cicatrisée. Le poumon de l'autre côté présentait des vestiges de cavernes également cicatrisées. La mort du malade fut retardée par la thoracentèse que je pratiquai à deux reprises.

7. Vaste tumeur encéphaloïde développée sous la plèvre droite, avec prolongement dans la cavité du rachis et compression de la moelle épinière.

8. Tumeur encéphaloïde du cou chez une femme de cinquante-cinq ans, avec compression du larynx et pénétration de la matière encéphaloïde dans la veine cave supérieure et dans l'une des jugulaires.

9. Anévrisme de la branche droite de l'*artère hépatique* chez un adulte ; le sac, du volume d'une noisette, contenait un caillot. (Peut-être le seul cas de ce genre que possède la science.)

10. Abcès multiples et probablement métastatiques occupant l'épaisseur des parois de l'estomac, sans traces de phlegmasie dans les tissus voisins. — Cette lésion a été observée chez un homme affecté d'érysipèle à la face, de pleuro-pneumonie gauche et de péritonite circum-splénique avec matière purulente.

11. Vaste ulcération de l'estomac en voie de cicatrisation ; plusieurs cicatrices du même organe, chez un homme de cinquante-six ans, qui, entre autres symptômes, avait été affecté, à plusieurs reprises, de vomissements de matières abondantes *couleur de café*.

12. Perforation spontanée du jéjunum et péritonite sur-aiguë. Une particularité intéressante distingue cette observation de la plupart de celles du même genre qui ont été publiées. En effet, l'intestin perforé avait été compris anciennement dans une hernie étranglée opérée avec succès; il avait éprouvé un rétrécissement dans les points comprimés par l'anneau ou par le collet du sac. Ce rétrécissement avait sans doute amené progressivement l'irritation et l'ulcération perforative de la partie de l'intestin comprise au-dessus.

13. Cancer du foie chez un enfant de quinze jours.

Je ne ferai qu'indiquer plusieurs autres observations relatives à la dilatation des bronches, à la péricardite, à la parotidite, etc.

V. *Traité de la pneumonie.* 1 volume in-8°, 1840 (592 pages).

Ce traité consiste plus particulièrement dans l'analyse des observations que j'ai recueillies dans les hôpitaux et spécialement dans la clinique de M. le professeur Chomel.

La *première partie* de cette œuvre est relative aux *lésions anatomiques* :

Considérations générales sur la structure du parenchyme pulmonaire.

Pneumonie aiguë. — Lésions du poumon chez l'adulte, chez les vieillards, chez l'enfant, chez le nouveau-né. Siége et étendue de la pneumonie aux différentes époques de la vie. Siége spécial de la pneumonie. — Des abcès du poumon de l'adulte, du vieillard, de l'enfant, du nouveau-né. Certaines formes particulières d'abcès pulmonaires (abcès métastatiques, abcès par congestion, abcès en grappes, etc.). Cicatrisation des abcès pulmonaires. Diagnostic anatomique de ces abcès.

Pneumonie gangréneuse; — pneumonie hypostatique; — pneumonie dans le cours de la fièvre typhoïde et des fièvres éruptives; — pneumonie concomitante de la grippe; — pneumonie aiguë tuberculeuse. — Lésions concomitantes de la pneumonie aiguë et ayant leur siége dans divers organes (bronches, plèvres, cœur et vaisseaux, tube gastro-intestinal, encéphale, etc.).

Pneumonie chronique. — Lésions anatomiques de la pneumonie chronique sans complication. De la pneumonie chronique avec complications (tubercules, mélanose, etc.). Diagnostic anatomique de la pneumonie chronique.

VI. *Traité de l'angine laryngée œdémateuse.* 1 volume in-8°, 1852 (479 pages).

Je n'insisterai ici que sur la *partie anatomique* de ce travail. Avant de décrire les lésions propres à l'angine laryngée œdémateuse, il importait d'être bien fixé sur certains points d'anatomie normale, et en particulier sur la disposition du tissu cellulaire sous-muqueux du larynx; c'est dans ce but que j'ai employé divers procédés, et en particulier l'injection d'eau dans la carotide d'un cadavre, l'autre carotide ayant été préalablement liée : j'ai produit ainsi un œdème laryngé fort analogue à celui qui se développe parfois chez l'homme. — Les lésions cadavériques constatées sur les sujets qui ont succombé à l'angine infiltro-laryngée forment *trois groupes.*

1er groupe. — *Caractères de l'infiltration.*

§ 1. *Infiltration des replis aryténo-épiglottiques.* — Fréquence, étendue de l'infiltration. Volume des bourrelets, leur configuration, leur surface. Déformation de l'orifice supérieur du larynx; rétrécissement, oblitération de cet orifice. Mobilité des bourrelets; leur consistance, leur coloration. Nature du liquide infiltré. Composition intime des bourrelets. L'œdème se termine-t-il par l'induration du tissu? Résultats des incisions pratiquées après la mort sur les bourrelets. — § 2. *Infiltration de l'épiglotte.* Fréquence, volume, étendue de l'infiltration. Configuration, situation, mobilité, coloration de l'épiglotte. — § 3. *Infiltration de l'intérieur du larynx.* Étendue, configuration des parties œdémateuses. Rétrécissement, oblitération de la glotte. Fréquence de l'œdème intra-laryngé. De l'œdème de l'arrière-bouche dans ses rapports avec l'œdème de l'intérieur du larynx. De la fréquence et de l'étendue de l'œdème intra-laryngé, dans les diverses formes étiologiques de la maladie. — § 4. *Œdème de la trachée-artère et des bronches.* — § 5. *Infiltration de l'arrière-bouche.* Étendue, distribution, nature, profondeur, fréquence.

2e groupe. — Lésions cadavériques considérées comme ayant été des effets de l'obstacle apporté au passage de l'air par l'infiltration laryngée. Mucosités accumulées dans le larynx et les bronches. Congestion sanguine des poumons; emphysème de ces organes. Concrétions sanguines dans le cœur. Congestion sanguine, séreuse du cerveau....., etc.

3e groupe. — Lésions considérées comme point de départ de l'infiltration laryngée, et ayant leur siége : 1° dans la bouche, dans la gorge, le pharynx, et au sommet de l'œsophage (inflammation simple, ulcéreuse, diphthéritique de la gorge; glossite, cancer de la langue; œsophagite, cancer de l'œsophage); 2° dans le larynx (laryngite aiguë, simple, ulcéreuse, pseudo-membraneuse, gangréneuse, nécrosique aiguë, chronique.....); 3° dans les tissus extérieurs au larynx (infiltration purulente, gangréneuse, sanguine, séreuse; tumeurs inflammatoires, par dégénérescences organiques, pustule maligne; 4° dans plusieurs organes autres que les précédents... (Pneumonie, gangrène, tubercules pulmonaires; maladies organiques du cœur, anévrisme de l'aorte, etc., etc.

Or, l'étude attentive de ces lésions cadavériques a été féconde en déductions pratiques; je ne signalerai ici que les principales.

Les affections auxquelles l'infiltration aryténo épiglottique est subordonnée sont locales ou générales. — Le plus ordinairement, c'est-à-dire dans les quatre cinquièmes environ des cas, cette infiltration

est sous la dépendance d'une phlegmasie aiguë, sub-aiguë ou chronique de la gorge ou du larynx. — Tantôt la cause de l'infiltration est unique, mais beaucoup plus souvent les causes en sont multiples, agissant simultanément ou successivement. Cette simultanéité ou cette succession de causes diverses, si fréquemment nécessaire à la production de l'infiltration laryngée, est fort importante à signaler pour le traitement prophylactique de cet accident; elle explique pourquoi il se rencontre beaucoup plus fréquemment, c'est-à-dire dans plus des quatre cinquièmes des cas, chez des sujets convalescents ou atteints de maladies diverses que chez des individus d'ailleurs bien portants; elle nous explique aussi en grande partie la rareté de ce même accident.

Le plus ordinairement l'infiltration laryngée est inflammatoire; très rarement l'œdème des replis supérieurs du larynx est indépendant de toute phlegmasie et constitue un phénomène purement hydropique; mais assez souvent deux éléments se combinent pour produire l'infiltration du larynx. C'est une phlegmasie locale, c'est aussi un état d'anasarque ou de diathèse séreuse.

Fondé plus spécialement sur des considérations anatomiques, j'ai établi *onze variétés* principales d'angine laryngée œdémateuse.

La plupart des symptômes locaux de l'affection trouvent une explication satisfaisante dans les lésions cadavériques : Sensation d'un corps étranger dans l'arrière-bouche, au sommet du larynx; altération de la voix; difficulté de l'inspiration, l'expiration restant libre au moins dans un très grand nombre de cas; bruits de frôlement, de claquement, de drapeau; dysphagie, etc. Ajoutons que l'inspection de l'arrière-bouche et le toucher exercé sur le sommet du larynx permettent souvent de reconnaître l'infiltration de ces parties. — C'est plus spécialement l'étude des lésions cadavériques qui m'a permis d'établir le diagnostic de l'œdème intra-laryngé, ajouté à celui du sommet de l'organe.

L'anatomie pathologique, en jetant une vive lumière sur l'étiologie et la nature de l'infiltration laryngée, a nécessairement fourni d'utiles renseignements au traitement de cet accident; elle m'a conduit à distinguer les cas où les *scarifications* des bourrelets seront utiles ou nuisibles, à inventer un instrument que j'appelle *presso-scarificateur*, et destiné à agir directement sur les parties infiltrées. — La *bronchotomie* est ici une précieuse ressource, puisque l'infiltration reste presque toujours bornée au larynx. Certaines *difficultés*, plusieurs *accidents* propres à la bronchotomie pratiquée sur des individus affectés d'angine laryngée œdémateuse, trouvent également leur explication dans l'inspection cadavérique. — Enfin mes recherches sur le cadavre ne seront pas inutiles, je l'espère, à l'emploi méthodique de la *sonde laryngienne*.

J'ai l'honneur d'être, Messieurs, avec le plus profond respect,

Votre très humble et très dévoué serviteur,

SESTIER.

5 février 1853.

Paris. — Imprimerie de L. Martinet, rue Mignon, 2.